



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2012	4-Data de Autorização 13/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7690278	7-Data Validade da Senha 06/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--

335940
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira	000020125302514200000101
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dia da Validade da Carteira	____/____/____
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	_____ CONCLUÍDA
13-Nome	THAYNARA CARVALHO ANJOS
14-Telefone	(____) _____
15-Nome do titular do plano	THAYNARA CARVALHO ANJOS

15-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-U/F AP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9 3 8 9 4 8 1 3 2 5 3	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-U/F AP	25-Código CINES
26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		27-Número no CRO 563	28-U/F AP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218

GUÍ
0108130

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Centro Região	34- Fone	35- CID	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0	0	8	5	1	0	2	1	8				
		RESTAURAÇÃO RESINA	46	OVD	1	1	2	2	0	0		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43- Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação	
50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista solicitante	15/10/2018
51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
52- Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	13/10/2018
53- Data, local e Caimbo da Empresa	

→ Transmembrane and also drug